رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۶، شماره پیاپی ۱۲۳، شهریور ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(6), 2026

اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر خودورزی بر انعطاف‌پذیری شناختی و امید به زندگی در زنان مبتلا به افسردگی اساسی

The Effectiveness of Group-Based Self-Working Training on Cognitive Flexibility and Hope in Women with Major Depressive Disorder

نجمه مظلوم
واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
دکتر رضا جوهری فرد (نویسنده مسئول)
گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

چکیده

هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر خودورزی بر انعطاف‌پذیری شناختی و امید به زندگی در زنان مبتلا به افسردگی اساسی بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره روانشناختی شهر اهواز در سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴ بودند که به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی (CFI، دنیس و وندروال، ۲۰۱۰) و امیدواری (SHS، اشنایدر، ۱۹۹۱) بود. گروه آزمایش آموزش مبتنی بر خودورزی را در ۱۴ جلسه یک ساعته دریافت کردند. داده‌ها با تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون بین میانگین پس‌آزمون انعطاف‌پذیری شناختی و امید به زندگی در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۰۱ وجود داشت، به عبارتی آموزش مبتنی بر خودورزی بر انعطاف‌پذیری شناختی و امید به زندگی در زنان مبتلا به افسردگی اساسی اثربخش بود (p<۰/۰۱). در مجموع از یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی خودورزی می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر در بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و امید به زندگی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: *آموزش خودورزی، انعطاف‌پذیری شناختی، امید به زندگی، افسردگی.*

Najmeh Mazloom
Department of Psychology, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
Dr. Reza Joharifard *
Department of psychology, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. rjoharifard@iau.ac.ir

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of group-based self-cultivation training on cognitive flexibility and hope in women with major depressive disorder. The research employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest control group. The statistical population included women diagnosed with major depressive disorder who were referred to psychological counseling centers in Ahvaz during 2024–2025. Using purposive non-random sampling, 30 participants were selected and randomly assigned to either the experimental group or the control group (15 participants in each group). The research instruments included the Cognitive Flexibility Inventory (CFI; Dennis & Vander Wal, 2010) and the Snyder Hope Scale (SHS; Snyder, 1991). The experimental group received 14 one-hour sessions of self-cultivation-based training. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA). The results indicated that, after controlling for pretest scores, there was a statistically significant difference between the experimental and control groups in posttest scores of cognitive flexibility and hope at the 0.001 level. In other words, self-cultivation-based training was effective in improving cognitive flexibility and hope in women with major depressive disorder (p<0.01). Overall, the findings suggest that group-based self-cultivation training can be considered an effective intervention for enhancing cognitive flexibility and hope.

Keywords: *, Self- Working Training, Cognitive Flexibility, Life Expectancy, Depression.*

نوع مقاله: کاربردی **دریافت: اردیبهشت ۱۴۰۵** **پذیرش: اردیبهشت ۱۴۰۵** **ویرایش نهایی: شهریور ۱۴۰۵**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

مقدمه

افسردگی[1] به‌عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی، در طبقه‌بندی نسخه تجدیدنظر شده پنجمین راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی[2]، به‌صورت یک اختلال خلقی تعریف می‌شود که با دوره‌ای حداقل دو هفته‌ای از خلق افسرده یا کاهش محسوس علاقه و لذت، همراه با مجموعه‌ای از نشانه‌ها مانند اختلال خواب، کاهش انرژی، احساس بی‌ارزشی و مشکلات تمرکز مشخص می‌گردد (آلمو[3] و همکاران، ۲۰۲۶). این اختلال در زنان به‌طور معناداری بیشتر از مردان دیده می‌شود (رحمانیان، ۱۴۰۴). افسردگی با نشخوار فکری[4] و کاهش کارکردهای اجرایی باعث زمینه کاهش انعطاف‌پذیری شناختی[5] را فراهم می‌کند (ارشادی‌منش و مکلایی، ۱۴۰۴). انعطاف‌پذیری شناختی به‌عنوان توانایی فرد برای تغییر دیدگاه، انطباق با شرایط جدید، و جابه‌جایی بین راهبردهای شناختی در مواجهه با موقعیت‌های مختلف تعریف می‌شود (ساین[6] و همکاران، ۲۰۲۶). کاهش این انعطاف‌پذیری پیامدهای گسترده‌ای از جمله تداوم افکار منفی، کاهش سازگاری با استرس (گارسیا_فرناندز[7] و همکاران، ۲۰۲۵)، افزایش آسیب‌پذیری نسبت به عود افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی دارد (زالکانی[8] و همکاران، ۲۰۲۶) که همگی چرخه معیوب افسردگی را تقویت می‌کنند (الماسی و الهی، ۱۴۰۳).

از سوی دیگر یکی از مولفه‌های شناختی و هیجانی افسردگی کاهش امید به زندگی[9] و شکل گیری نگرش منفی نسبت به آینده است (جوهن[10] و همکاران، ۲۰۲۶). افراد مبتلا به افسردگی معمولاً آینده را مبهم، غیرقابل‌کنترل و فاقد امکان تغییر ادراک می‌کنند و همین امر با احساس درماندگی و ناامیدی پایدار همراه می‌شود (اعتمادی و همکاران، ۱۴۰۲). امید به زندگی در روان‌شناسی، به‌عنوان یک سازه شناختی_انگیزشی تعریف می‌شود که شامل دو مؤلفه اساسی، انگیزه و اراده برای رسیدن به اهداف و توانایی طراحی راه‌های دستیابی به اهداف است و نقش مهمی در سازگاری روان‌شناختی و سلامت ذهنی ایفا می‌کند (آرسلان[11] و همکاران، ۲۰۲۶). افراد مبتلا به افسردگی به‌طور معناداری سطوح پایین‌تری از امید را تجربه می‌کنند، زیرا نشخوار فکری، سوگیری‌های شناختی منفی و احساس درماندگی آموخته‌شده، توانایی آن‌ها در تصور آینده‌ای مثبت و هدف‌گذاری مؤثر را مختل می‌سازد (زارع‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰). کاهش امید به زندگی در این بیماران باعث شکل‌گیری افکار خودکشی، کاهش انگیزش برای درمان و تاب‌آوری[12] در مواجهه با استرس‌ها می‌شود (گالاگر[13] و همکاران، ۲۰۲۵).

بنابراین، از آنجایی که درمان افسردگی با کاهش نشانه‌ها، پیشگیری از عود و خودکشی، و بازگرداندن کارکرد فردی و اجتماعی، مسیر بازیابی کیفیت و حتی طول زندگی را هموار می‌کند، بسیار حیاتی است (لیندن[14] و همکاران، ۲۰۲۵). در میان رویکردهای درمانی روان‌شناختی، در کنار درمان‌های شناخته‌شده‌ای مانند درمان شناختی_رفتاری[15] و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[16]، آموزش خودورزی[17] به‌عنوان مداخله‌ای نوظهور مبتنی بر نظریه خودورزی مطرح شده است و بر مهربانی با خود، درک مشترک انسانی و توجه‌آگاهانه تأکید دارد (وونگ[18] و همکاران، ۲۰۲۵). اگرچه خودورزی و خودشفقت‌ورزی در برخی مؤلفه‌ها همپوشانی دارند، اما خودورزی در الگوی جوهری‌فرد، مفهومی گسترده‌تر و مبتنی بر کنش آگاهانه، مسئولانه و رشدمحور تلقی می‌شود (جوهری‌فرد، ۱۴۰۳). خودورزی یک شیوه روان‌درمانی سیستم‌اندیش است که هرچند تحت تأثیر رویکردهای مشهور روان‌شناسی و روان‌درمانی دنیا از جمله روان‌کاوی[19]، روانشناسی

1 depression
2 DSM-5-TR
3 Alemu
4 Rumination
5 Cognitive flexibility
6 Singh
7 García-Fernandez
8 Zelcane
9 Life Expectancy
10 John
11 Arslan
12 Resilience
13 Gallagher
14 Linden
15 Cognitive-Behavioral Therapy
16 Acceptance and Commitment Therapy
17 self-compassion-based training
18 Wong
19 psychoanalysis

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

تحلیلی[1]، طرحواره‌درمانی[2]، درمان فردمحور راجرز[3]، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نظیر آن است، اما مفروضه‌هایی کاملاً فرهنگی و بومی و برخاسته از سبک زندگی ایرانی دارد (جوهری‌فرد، ۲۰۲۵). اصطلاح خودورزی از دو بخش خود و ورزی ساخته شده است، ورزیدن در اینجا به معنای کار کردن و تمرین است؛ در واقع خودورزی یک کار است که دارای چهار ویژگی هوشیارانه[4]، بالغانه[5]، مسئولانه[6] و خلاقانه[7] است (جوهری‌فرد، ۱۴۰۳). به طور کلی، خودورزی به عنوان مفهومی اساسی در روان‌شناسی و رشد فردی، زمینه‌ای را فراهم می‌کند تا فرد با شناخت عمیق‌تر از خود و تقویت مهارت‌های شخصی، خودآگاهی و توانایی خودمدیریتی را افزایش دهد و در نهایت به بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سلامت روان دست یابد (لوین[8]، ۲۰۲۵). با توجه به ماهیت اختلال افسردگی اساسی، به‌نظر می‌رسد آموزش گروهی مبتنی بر خودورزی بتواند از طریق اصلاح الگوهای ناکارآمد شناختی و هیجانی، بر انعطاف‌پذیری شناختی و امید به زندگی زنان مبتلا به افسردگی اثرگذار باشد. از این رو انتظار می‌رود آموزش گروهی مبتنی بر خودورزی با فراهم کردن بستری حمایتی و مبتنی بر تجربه هیجانی اصلاحی، نقش مؤثری در بهبود متغیرهای روان‌شناختی موردنظر در زنان مبتلا به افسردگی اساسی داشته باشد. در تبیین ارتباط میان مؤلفه‌های آموزش خودورزی و متغیرهای پژوهش، مطالعات متعددی نشان داده‌اند که فرایندهایی نظیر پذیرش تجربه‌های هیجانی، کاهش خودانتقادی، نگرش شفقت‌آمیز نسبت به خود، خودآگاهی و بازسازی شناختی می‌توانند موجب بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و امید به زندگی شوند. در همین راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند درمان شناختی_رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت با تأکید بر اصلاح الگوهای ناکارآمد فکری و کاهش قضاوت منفی نسبت به خود، موجب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان شده‌اند (شعبان و همکاران، ۱۴۰۴). همچنین طرحواره‌درمانی از طریق تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اصلاح افکار خودآیند منفی، توانسته است انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی را افزایش دهد (باروتی و همکاران، ۱۴۰۲). نتایج مطالعه ایسوند و همکاران (۱۴۰۳) نیز نشان داد مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی_رفتاری با تقویت پذیرش روان‌شناختی و کاهش اجتناب شناختی، موجب بهبود انعطاف‌پذیری شناختی زنان مبتلا به افسردگی می‌شوند. از سوی دیگر یافته‌ها حاکی از آن است که مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت‌درمانی و بازسازی نگرش فرد نسبت به خود و آینده، نقش مؤثری در افزایش امید به زندگی دارند، به‌گونه‌ای که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش امید به زندگی زنان شده است (بینایی خواجکینی و همکاران، ۱۴۰۱)، درمان متمرکز بر شفقت امید به زندگی و شادکامی زنان مبتلا به افسردگی را افزایش داده است (طلعتی و همکاران، ۱۴۰۰) و طرحواره‌درمانی نیز موجب افزایش خودکارآمدی و امید به زندگی زنان شده است (عقیلی و همکاران، ۱۴۰۰). افزون بر این مطالعات جدید نشان داده‌اند که سازه‌های نزدیک به خودورزی نیز با بهبود متغیرهای موردنظر مرتبط هستند، به‌طوری‌که کاپولاسی و سونر[9] (۲۰۲۶) دریافتند برنامه آموزش خودورزی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران شده است. همچنین وونگ و همکاران (۲۰۲۵) در یک مطالعه مروری گزارش کردند که خودشفقت‌ورزی به‌طور پایدار با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش علائم افسردگی همراه است. در مطالعه‌ای دیگر، کووا و دیوید[10] (۲۰۲۶) نشان دادند آموزش خودورزی موجب افزایش امید به زندگی دانشجویان می‌شود و هوانگ[11] و همکاران (۲۰۲۵) نیز دریافتند خودورزی از طریق تقویت سرمایه روان‌شناختی، به‌ویژه امید، موجب ارتقای بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به افسردگی عمده می‌شود. بنابراین، با توجه به اشتراک مؤلفه‌های آموزش خودورزی با فرایندهایی نظیر پذیرش، خودآگاهی، کاهش خودانتقادی، نگرش غیرقضاوت‌گرانه نسبت به خویشتن و بازسازی شناختی، می‌توان انتظار داشت این مداخله در افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و امید به زندگی زنان مبتلا به افسردگی اساسی مؤثر باشد. با توجه به بررسی پیشینه پژوهش اختلال افسردگی اساسی با کاهش انعطاف‌پذیری شناختی، افزایش الگوهای فکری ناکارآمد و افت امید به زندگی همراه است و این عوامل می‌توانند در تداوم و تشدید مشکلات روان‌شناختی افراد نقش اساسی ایفا کنند. در این میان، آموزش گروهی مبتنی بر خودورزی به‌عنوان رویکردی نوین و دارای ظرفیت‌های فرهنگی، می‌تواند بستر مناسبی برای بهبود این مؤلفه‌ها فراهم سازد.

---

1 Analytical Psychology
2 schema therapy
3 client centered therapy
4 vigilant
5 mature
6 responsible
7 creative
8 Levin
9 Capulacı & Soner
10 Cueva & David
11 Huang

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

در مجموع با وجود آن‌که پژوهش‌های پیشین اثربخشی برخی مداخلات روان‌شناختی را بر کاهش نشانه‌های افسردگی نشان داده‌اند، شواهد حاکی از آن است که بسیاری از بیماران حتی پس از کاهش نسبی علائم، همچنان در زمینه انعطاف‌پذیری شناختی، نشخوار فکری، نگرش منفی به آینده و احساس ناامیدی با مشکلات پایدار مواجه هستند. از سوی دیگر، انعطاف‌پذیری شناختی و امید به زندگی به‌عنوان دو مؤلفه مهم در سازگاری روان‌شناختی، نقش تعیین‌کننده‌ای در پیشگیری از عود افسردگی، افزایش کارآمدی فردی و بهبود کیفیت زندگی دارند، اما در مقایسه با نشانه‌های بالینی افسردگی، کمتر به‌صورت مستقیم مورد هدف مداخلات درمانی قرار گرفته‌اند. در این میان، آموزش گروهی مبتنی بر خودورزی با تأکید بر کاهش خودانتقادی، افزایش پذیرش خویشتن، اصلاح پردازش‌های شناختی ناکارآمد و تقویت نگرش مثبت نسبت به زندگی، از ظرفیت نظری مناسبی برای اثرگذاری بر این متغیرها برخوردار است. با این حال، بررسی پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد مطالعات محدودی به بررسی اثربخشی این رویکرد بر اختلال افسردگی اساسی پرداخته‌اند و در این زمینه خلأ پژوهشی قابل‌توجهی وجود دارد. انجام پژوهش حاضر می‌تواند علاوه بر توسعه شواهد علمی مرتبط با مداخلات مبتنی بر خودورزی، در شناسایی رویکردهای مؤثرتر برای بهبود ابعاد شناختی و انگیزشی زنان مبتلا به افسردگی اساسی سودمند باشد. بنابراین هدف تعیین از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر خودورزی بر انعطاف‌پذیری شناختی و امید به زندگی در زنان مبتلا به افسردگی بود.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره روانشناختی شهر اهواز در سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴ بود که به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. معیارهای ورود به پژوهش، تشخیص اختلال افسردگی اساسی توسط روانشناس متخصص در زمینه اختلالات خلقی و ملاک‌های DSM-5-TR، کسب نمره خام بالاتر از خط برش (۲۰) در سیاهه افسردگی بک، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی یا عصبی مؤثر بر کارکرد شناختی بر اساس مصاحبه بالینی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی حداقل به مدت یک ماه پیش از شروع مداخله بر اساس مصاحبه بالینی بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه در فرآیند مداخله، عدم همکاری مؤثر و فعال در طی جلسات آموزشی، بروز مشکلات حاد روان‌شناختی در طول اجرای پژوهش، هم‌زمانی شرکت در مداخلات آموزشی و درمانی روانشناختی بود.

روند اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از هماهنگی با مراکز مشاوره روانشناختی و با همکاری مددکار مراکز مشاوره، تعداد ۳۰ زن که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفره (آزمایش و کنترل) به صورت تصادفی جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش آموزش مبتنی بر خودورزی را طی ۱۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، در اتاق مشاوره منتخب دریافت کردند. مداخله توسط پژوهشگر اجرا گردید. لازم به ذکر است که در این مطالعه هیچ ریزش نمونه وجود نداشت. پس از پایان جلسات، مرحله پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. در تمام مراحل اجرای پژوهش، اصول اخلاقی پژوهش رعایت شد. پیش از آغاز مطالعه، هدف‌ها، روش اجرا، ماهیت مداخلات، مدت‌زمان جلسات و حقوق شرکت‌کنندگان به‌صورت شفاف برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. مشارکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود و شرکت‌کنندگان این حق را داشتند که در هر مرحله بدون هیچ‌گونه پیامد منفی از ادامه همکاری انصراف دهند. به‌منظور حفظ محرمانگی، اطلاعات فردی شرکت‌کنندگان کدگذاری شده و نتایج پژوهش به‌صورت کلی و گروهی گزارش شد و از انتشار هرگونه اطلاعات هویتی خودداری گردید. همچنین، داده‌های گردآوری‌شده صرفاً در راستای اهداف علمی و پژوهشی مورد استفاده قرار گرفت و دسترسی به اطلاعات محدود به پژوهشگر بود. در طول اجرای مداخلات، تلاش شد از هرگونه آسیب روان‌شناختی احتمالی پیشگیری شود و در صورت بروز هرگونه ناراحتی یا مشکل، امکان ارجاع به متخصص فراهم بود. این پژوهش مطابق با اصول اخلاق در پژوهش‌های علوم رفتاری انجام شد. در نهایت، داده‌های گردآوری شده با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ در سطح اطمینان ۰/۹۵ تجزیه و تحلیل شدند.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

ابزار سنجش

سیاهه انعطاف‌پذیری شناختی[1] (CFI): سیاهه انعطاف‌پذیری شناختی توسط دنیس و وندروال[2] در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. این سیاهه مشتمل بر ۲۰ سوال است و برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود و دارای سه زیر مقیاس جایگزین‌ها[3]، کنترل[4] و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی[5] است. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت و از کاملا مخالفم=۱ تا کاملا موافقم=۷ درجه‌بندی شده است. دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۱۴۰ است. نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. نمره برش این سیاهه ۷۰ است. در پژوهش دنیس و واندروال (۲۰۱۰) روایی هم‌زمان این سیاهه را با مقیاس افسردگی بک برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ به دست آوردند. ماسودا و تالی[6] (۲۰۱۲) نیز میزان پایایی این سیاهه را برای خرده‌مقیاس‌های جایگزین‌ها، کنترل و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۹، ۰/۸۳ و برای نمره کل ۰/۸۲ محاسبه کرده‌اند. روایی هم‌زمان این سیاهه در پژوهش حسنی و همکاران (۱۳۹۸) با مقیاس سرسختی روانشناختی ۰/۵۴ به دست آمده و پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های جایگزین‌ها، کنترل و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۹، ۰/۸۳ و برای نمره کل۰/۹۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۸۹/ ۰محاسبه شد.

مقیاس امیدواری اشنایدر[7] (SHS): مقیاس امیدواری توسط اشنایدر در سال ۱۹۹۱ ساخته شده و شامل اندازه‌گیری‌های خودگزارشی صفت و حالت امیدواری است. این پرسشنامه دارای ۱۲ سوال چهار گزینه‌ای است که ۴ عبارت مربوط به سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت مرتبط با سنجش تفکر راهبردی، ۴ عبارت انحرافی است. این پرسشنامه دو زیر مقیاس عامل و راهبرد را در بر می‌گیرد و سوال‌های مثبت از راست به چپ و سال‌های منفی از چپ به راست نمره‌گذاری می‌شوند. روش نمره‌گذاری، آزمودنی از بین پاسخ‌های کاملا غلط، تا حدی غلط، تا حدی درست و کاملا درست که به ترتیب نمره ۱، ۲، ۳، ۴ می‌گیرد و در نهایت نمره امیدواری در محدوده ۸ تا ۲۳ قرار دارد و نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده امیدواری بیشتر است. اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) پایایی پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و روایی هم‌زمان پرسشنامه را از طریق همبستگی این مقیاس را با مقیاس افسردگی بک ۰/۴۴- گزارش کرده‌اند. در پژوهش گرجی و کیوان‌پور (۱۴۰۱) ضریب روایی واگرا این مقیاس با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۶۰- و ضریب روایی همگرا این ابزار با مقیاس شادکامی آکسفورد ۰/۷۹ معنادار گزارش شده و پایایی پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ به دست آمده است. در پژوهش حاضر پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۸۷/ ۰محاسبه شد.

مداخله آموزشی

برنامه آموزش مبتنی بر خودورزی با اقتباس از پروتکل جوهری‌فرد (۱۴۰۳) به مدت ۱۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه به صورت گروهی اجرا شد که خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش مبتنی بر خودورزی

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسه
اول	ایجاد رابطه درمانی، آشنایی اعضا با یکدیگر و افزایش انگیزه برای مشارکت	معرفی اعضا و تسهیل آشنایی، تبیین قوانین و هنجارهای گروهی (محرمانگی، احترام، مشارکت فعال)، ارائه توضیح درباره استرس و بیماری‌های روان‌تنی، بررسی تجربه‌های فردی شرکت‌کنندگان از استرس و تأثیر آن بر بدن و روان
دوم	افزایش آگاهی بدنی و کاهش تنش‌های جسمانی	آموزش تمرینات آگاهی از بدن (توجه به احساسات بدنی در لحظه حال)، اجرای تمرینات آرام‌سازی عضلانی به‌صورت تدریجی، آموزش مهارت تنظیم تنفس و ایجاد ارتباط آگاهانه با بدن
سوم	افزایش آگاهی هیجانی و کاهش تنش‌های هیجانی	آموزش شناسایی هیجان‌ها، تمرین رهاسازی هیجانات سرکوب‌شده از طریق بیان کلامی و غیرکلامی، کمک به پذیرش هیجان‌ها بدون قضاوت

1 Psychological resilience questionnaire
2 Dennis & Vander Wal
3 Alternatives
4 Control
5 Alternatives to human behavior
6 Masuda and Tali
7 Snyder Hope Scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

چهارم	تسهیل ابراز هیجانات و آشنایی با ساختارهای شکل‌دهنده هیجان	آموزش روش‌های ابراز هیجان به شیوه سالم، تمرین برون‌سازی هیجانات (بیان تجربه‌های درونی)، معرفی مفهوم الگوهای هیجانی پایدار و تأثیر آن‌ها بر رفتار
پنجم	شناسایی عوامل بیرونی مؤثر بر شکل‌گیری هیجانات	آموزش شناسایی عوامل محیطی و بین‌فردی تأثیرگذار بر هیجان‌ها، تمرین کشف محرک‌های بیرونی از طریق ترسیم شبکه ارتباطی فرد با محیط، تحلیل موقعیت‌های تنش‌زا
ششم	افزایش خودآگاهی نسبت به عوامل درونی هیجانات	آموزش شناسایی افکار، باورها و تجربه‌های درونی تأثیرگذار بر هیجان‌ها، تمرین کشف ریشه‌های درونی واکنش‌های هیجانی، تحلیل ارتباط بین فکر، هیجان و رفتار
هفتم	اصلاح شیوه ادراک و تفسیر رویدادها	آموزش مفهوم‌سازی تجربه‌ها، شناسایی خطاهای شناختی، تمرین بازنگری در تفسیرهای ناکارآمد و جایگزینی آن‌ها با برداشت‌های واقع‌بینانه‌تر
هشتم	بازسازی روایت‌های فردی و افزایش انسجام روانی	آموزش روایت‌سازی از تجربه‌های زندگی، بازنگری در داستان‌های شخصی، کمک به بازنویسی روایت‌های منفی به روایت‌های سازگارانه و معنادار
نهم	افزایش تمرکز بر زمان حال و کاهش درگیری ذهنی با گذشته	آموزش گسست از اشتغال ذهنی با گذشته، تمرین آگاهی از لحظه حال، آموزش قدردانی و تمرکز بر داشته‌ها، تقویت توجه پایدار
دهم	تقویت جهت‌گیری آینده و افزایش امید	اجرای تمرین خودارزیابی، شناسایی توانمندی‌ها و نقاط قوت، آموزش شفاف‌سازی ارزش‌های فردی و نقش آن‌ها در تصمیم‌گیری
یازدهم	تقویت الگوهای سازنده در جهت رشد فردی	آموزش شناسایی الگوهای سازنده رفتاری و شناختی، تمرین تقویت این الگوها در زندگی روزمره، طراحی مسیرهای عملی برای رشد فردی
دوازدهم	ارتقای کیفیت زیستن آگاهانه و بالغانه	آموزش زندگی همراه با آگاهی و انتخاب، تمرین تصمیم‌گیری سنجیده، تقویت نگرش بالغانه در مواجهه با چالش‌های زندگی
سیزدهم	افزایش مسئولیت‌پذیری و خلاقیت در زندگی	آموزش پذیرش مسئولیت رفتارها، تمرین حل مسئله به شیوه خلاقانه، تشویق به انعطاف‌پذیری در مواجهه با موقعیت‌های جدید
چهاردهم	جمع‌بندی و تثبیت یادگیری‌ها	مرور محتوای جلسات، دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان، بررسی میزان تغییرات ایجادشده، پاسخ به سؤالات و ارائه راهکار برای ادامه تمرین‌ها

یافته ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های پژوهش نشان داد که در گروه آزمایش میانگین و انحراف معیار سن ۳۲/۴۵±۳/۸۶ و گروه کنترل ۳۴/۱۷±۲/۲۴ بود. در گروه آزمایش ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد) دیپلم، ۱ نفر (۶/۶۷ درصد) فوق دیپلم، ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) کارشناسی و ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) کارشناسی ارشد داشتند. در گروه کنترل ۶ نفر (۴۰ درصد) دیپلم، ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) فوق دیپلم، ۶ نفر (۴۰ درصد) کارشناسی و ۱ نفر (۶/۶۷ درصد) کارشناسی ارشد داشتند. در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	مراحل	گروه آزمایش		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون	۲۹/۳۳	۶/۰۵۷	۳۰/۸۶	۷/۳۶
	پس‌آزمون	۳۴/۸۰	۷/۵۶۱	۳۰/۱۳	۷/۴۵
امید به زندگی	پیش‌آزمون	۱۸/۲۶	۴/۵۴	۱۹/۰۶	۵/۷۷
	پس‌آزمون	۲۳/۴۹	۴/۳۲	۱۹/۲۷	۵/۹۱

نتایج جدول ۲ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف‌معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است که حاکی از افزایش مرحله پس‌آزمون نمره‌ها در مقایسه با پیش‌آزمون برای گروه آزمایش است. قبل از ارائه نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره، مفروضات آزمون‌های پارامتریک مورد آزمون قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف_اسمیرونوف نشان داد که

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

پیش‌فرض، توزیع نرمال نمونه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است (P>۰/۰۵). خطای واریانس‌ها در هر یک از متغیرها به تفکیک مراحل سنجش همگون بود؛ همچنین نتایج آزمون ام‌باکس معنی‌دار نبود ($M\ Box's$=۵/۸۷ ،F=۲/۳۱ ،P>۰/۳۶) که تأیید می‌کند همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس برقرار است. همچنین نتایج آزمون لوین نشان داد پیش‌فرض همسانی خطای واریانس برای متغیرهای پژوهش رعایت شده است. به طور کلی مفروضات تحلیل کوواریانس چند متغیره رعایت شده است. نتایج آزمون تحلیل نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری مانکوا در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری

نام آزمون	مقدار	Df فرضیه	Df خطا	F	معنی‌داری	مجذور اتا
آزمون اثر پیلایی	۰/۷۷۸	۲	۲۵	۴۳/۹۱۷	۰/۰۰۱	۰/۷۷۸
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۲۲	۲	۲۵	۴۳/۹۱۷	۰/۰۰۱	۰/۷۷۸
آزمون اثر هتلینگ	۳/۵۱۳	۲	۲۵	۴۳/۹۱۷	۰/۰۰۱	۰/۷۷۸
آزمون بزرگترین ریشه روی	۳/۵۱۳	۲	۲۵	۴۳/۹۱۷	۰/۰۰۱	۰/۷۷۸

با توجه به نتایج جدول ۳، سطح معنی‌داری هر چهار آماره چند متغیری مربوطه یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی، کوچکتر از ۰/۰۱ است (P<۰/۰۱). بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می‌گردد که بین انعطاف‌پذیری شناختی و امید به زندگی دو گروه آزمایش و کنترل، در پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار است. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت آموزش مهارت خودورزی موثر بوده است. به منظور بررسی تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در هر یک از متغیرها نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره (آنکوا) برای انعطاف‌پذیری شناختی و امید به زندگی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	مجذور اتا
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون	۱۴۵۸/۱۱۵	۱	۱۴۵۸/۱۱۵	۳۲۸/۰۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۴
	گروه	۲۲۲/۱۵۸	۱	۲۲۲/۱۵۸	۴۹/۹۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۹
	خطا	۱۲۰/۰۱۹	۲۷	۴/۴۴۵			
امید به زندگی	پیش‌آزمون	۴۹۷/۶۳۷	۱	۴۹۷/۶۳۷	۱۲۷/۴۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۵
	گروه	۲۱۴/۲۳۳	۱	۲۱۴/۲۳۳	۵۴/۸۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۰
	خطا	۱۰۵/۴۳۰	۲۷	۳/۹۰۵			

همانطور که نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد در مجموع انعطاف‌پذیری شناختی و امید به زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل درمان شامل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری در سطح (P<۰/۰۰۱) دارد. همچنین نتایج نشان می‌دهد که آموزش مبتنی بر خودورزی بر انعطاف‌پذیری شناختی (F=۴۹/۹۷، η=۰/۶۴، P=۰/۰۰۱) و امید به زندگی (F=۵۴/۸۶، η=۰/۶۷، P=۰/۰۰۱) معنی‌دار است. نتایج بیانگر آن است که آموزش مبتنی بر خودورزی توانسته است انعطاف‌پذیری شناختی و امید به زندگی در زنان مبتلا به افسردگی را بهبود دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر خودورزی بر انعطاف‌پذیری شناختی و امید به زندگی در زنان مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر خودورزی باعث افزایش انعطاف‌پذیری شناختی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

زنان مبتلا به افسردگی اساسی شده است. این یافته با نتایج مطالعات شعبان و همکاران (۱۴۰۴)، ایسوند و همکاران (۱۴۰۳)، باروتی و همکاران (۱۴۰۲)، کاپولاسی و سونر (۲۰۲۶)، وونگ و همکاران (۲۰۲۵) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که در افسردگی اساسی افراد معمولاً درگیر الگوهای فکری منفی، خودانتقادی شدید و نشخوار ذهنی هستند که موجب تثبیت تفسیرهای خشک و یک‌سویه از موقعیت‌ها می‌شود. آموزش خودورزی با تقویت نگرش مهربانانه و پذیرنده نسبت به خود، زمینه کاهش خودسرزنشگری و تعدیل ارزیابی‌های منفی را فراهم می‌کند. در این فرایند، فرد می‌آموزد افکار و هیجان‌های ناخوشایند را بدون قضاوت و با آگاهی تجربه کند، نه اینکه به‌صورت خودکار با آن‌ها همانندسازی نماید. چنین تغییری باعث گسترش دامنه توجه، کاهش سوگیری‌های شناختی و افزایش توانایی در بازنگری و جایگزینی تفسیرهای ناکارآمد می‌شود که در نهایت به بهبود انعطاف‌پذیری شناختی می‌انجامد (شعبان و همکاران، ۱۴۰۴). از سوی دیگر، آموزش مبتنی بر خودورزی با تأکید بر تجربه مشترک انسانی و پذیرش نقص‌ها، احساس انزوا و ناکارآمدی را کاهش داده و منابع روان‌شناختی فرد را برای مواجهه سازگارانه با چالش‌ها تقویت می‌کند. این رویکرد از طریق آموزش مهارت‌هایی مانند توجه به لحظه حال، تنظیم هیجان و بازسازی معنایی تجربه‌ها، به فرد کمک می‌کند تا در برابر موقعیت‌های دشوار، پاسخ‌های متنوع‌تر و کارآمدتری انتخاب کند (کاپولاسی و سونر، ۲۰۲۶). در نتیجه، افراد افسرده به‌جای واکنش‌های کلیشه‌ای و اجتنابی، قادر می‌شوند گزینه‌های شناختی و رفتاری مختلف را ارزیابی کرده و متناسب با شرایط تصمیم‌گیری کنند. این افزایش تنوع در پاسخ‌دهی و توانایی تغییر راهبردها، از شاخص‌های اصلی انعطاف‌پذیری شناختی است که در اثر آموزش خودورزی به‌طور معناداری ارتقا می‌یابد (وونگ و همکاران، ۲۰۲۵).

دیگر یافته پژوهش نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر خودورزی باعث افزایش امید به زندگی زنان مبتلا به افسردگی اساسی شده است. این یافته با نتایج مطالعات بینایی خواجکینی و همکاران (۱۴۰۱)، طلعتی و همکاران (۱۴۰۰)، عقیلی و همکاران (۱۴۰۰)، کووا و دیوید (۲۰۲۶)، هوانگ و همکاران (۲۰۲۵) همسو بود. در تبیین این یافته باید خاطر نشان کرد که افراد مبتلا به افسردگی با باورهای ناکارآمد که عمدتاً ناشی از طرحواره‌های منفی درباره خود، آینده و جهان و نیز ناتوانی در ترسیم مسیرهای دستیابی به اهداف است، به ناامیدی دامن می‌زنند. آموزش خودورزی با کاهش خودانتقادی و شرم، و تقویت نگرش مهربانانه نسبت به خویشتن، ارزیابی‌های ناکارآمد از خود را تعدیل می‌کند و احساس شایستگی و ارزشمندی را افزایش می‌دهد. به عبارتی فرد خود را قادر به اثرگذاری بر مسیر زندگی می‌بیند. همزمان، تمرین‌های پذیرش و آگاهی از تجربه، از شدت نشخوار ذهنی و سوگیری‌های منفی می‌کاهد و امکان تولید تفسیرهای واقع‌بینانه‌تر از موقعیت‌ها را فراهم می‌سازد. در نتیجه، فرد می‌تواند اهداف قابل دسترس‌تری تعیین کرده و مسیرهای متعددی برای رسیدن به آن‌ها شناسایی کند که این امر به افزایش سطح امید به زندگی منجر می‌شود (عقیلی و همکاران، ۱۴۰۰). همچنین خودورزی با تأکید بر اشتراک تجربه‌های انسانی و پذیرش محدودیت‌ها، احساس انزوا و درماندگی را کاهش داده و پیوندهای عاطفی و حمایت ادراک‌شده را تقویت می‌کند. این رویکرد از طریق آموزش تنظیم هیجان و مواجهه سازگارانه با ناکامی‌ها، ظرفیت فرد را برای تحمل ابهام و تداوم تلاش در شرایط دشوار افزایش می‌دهد. به بیان دیگر، افراد می‌آموزند شکست‌ها را به‌عنوان بخشی طبیعی از مسیر زندگی تلقی کرده و به‌جای کناره‌گیری، راهبردهای جایگزین را جست‌وجو کنند (کووا و دیوید، ۲۰۲۶). چنین فرایندی، هم پایداری در پیگیری اهداف و هم انعطاف در انتخاب مسیرها را ارتقا می‌دهد، دو مؤلفه‌ای که برای شکل‌گیری و تداوم امید ضروری‌اند. بنابراین، آموزش مبتنی بر خودورزی با بازسازی نگرش فرد نسبت به خود و آینده، و تقویت منابع درونی مقابله‌ای، به‌طور معناداری امید به زندگی را در زنان مبتلا به افسردگی اساسی افزایش می‌دهد (هوانگ و همکاران، ۲۰۲۵).

در مجموع، یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش مبتنی بر خودورزی با بهبود رابطه فرد با افکار و هیجان‌ها، موجب افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در زنان مبتلا به افسردگی اساسی می‌شود. همچنین این رویکرد از طریق تقویت نگرش مهربانانه نسبت به خود و افزایش احساس کارآمدی، به ارتقای امید به زندگی در این افراد می‌انجامد. بنابراین، آموزش خودورزی می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر در بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و امید به زندگی مورد استفاده قرار گیرد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش محدود بودن جامعه آماری به زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز است که این امر می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه‌های جمعیتی و فرهنگی را محدود کند. همچنین روش نمونه‌گیری هدفمند و عدم کنترل شدت افسردگی از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، اثربخشی آموزش مبتنی بر خودورزی در گروه‌های جمعیتی متنوع‌تر مانند مردان، نوجوانان یا بیماران مزمن روان‌پزشکی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین انجام پژوهش با روش نمونه‌گیری تصادفی و کنترل متغیرهای مداخله‌گر می‌تواند به ارزیابی دقیق‌تر اختلال افسردگی اساسی کمک کند. در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

آموزش مبتنی بر خودورزی به‌عنوان یک مداخله مکمل در کنار خدمات مشاوره‌ای در مراکز سلامت روان و کلینیک‌های روان‌شناسی به‌کار گرفته شود تا به بهبود وضعیت شناختی و هیجانی مراجعان کمک کند.

منابع

ایسوند، م.، بقولی، ح.، جاویدی، ح.، و برزگر، م. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوارفکری، انعطاف‌پذیری شناختی، تاب‌آوری و استرس ادراک شده در زنان مبتلا به اختلال افسردگی. *دست‌آوردهای روان‌شناختی، ۳۱*(۲)، ۴۴۳_۴۷۶. doi: 10.22055/psy.2023.43311.2990

ارشادی‌منش، س.، و مکلایی، م. (۱۴۰۴). الگوی ساختاری سیستم‌های بازداری و فعال‌سازی رفتاری و کنترل و انعطاف‌پذیری شناختی با افسردگی نوجوانان با نقش میانجی‌گر نشخوار فکری. *مجله علوم روانشناختی، ۲۴*(۱۴۵)، ۱_۲۱. http://doi:10.52547/JPS.24.145.1

الماسی، م.، و الهی، ط. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی تحریک مستقیم فراجمجمه‌ای و ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی، نشخوار فکری و نگرانی در دانشجویان دارای نشانگان افسردگی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۹*(۷۶)، ۲۶_۳۷. doi: 10.22034/jmpr.2024.60377.6064

اعتمادی، ز.، عباسپور، ص.، تیرگری، ع.، بگیان کوله مرزی، م. (۱۴۰۲). نقش تعدیل‌کننده جنسیت در رابطه بین فشار روان‌شناختی، حساسیت به طرد شدن و شکست با ایده‌پردازی خودکشی نوجوانان: نقش میانجی افسردگی و ناامیدی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۹(۲)، ۱۷۰-۱۸۷. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-۳۸۵۰-۱-fa.html

بینایی‌خواجکینی، ط.، تجلی، پ.، و شریعت‌باقری، م. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی مادران و سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان با آسیب‌های جسمی‌حرکتی. *دوماهنامه علمی-پژوهشی طب توانبخشی، ۱۱*(۲)، ۲۱۰_۲۲۱. doi: 10.32598/SJRM.11.2.3

باروتی، م.، چین‌آوه، م.، و ساعدی، س. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی و افکار خودآیند منفی در بیماران دارای اختلال افسردگی اساسی. *مجله مطالعات ناتوانی، ۱۳*(۱)، ۴۵_۳۲. https://www.magiran.com/p2631481

حسنی، م.، حقیقت، س.، و بنی‌سی، پ. (۱۳۹۸). تبیین افسردگی بر اساس انعطاف‌پذیری روانشناختی و احساس انسجام در مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم. *رویش روان‌شناسی، ۸*(۶)، ۱۰۳_۱۱۲. http://frooyesh.ir/article-۱۱۰۸-۱-fa.html

جوهری‌فرد، ر. (۱۴۰۳). *برنامه آموزشی درمانی خودورزی*. تهران: انتشارات دانژه.

جوهری‌فرد، ر. (۱۴۰۳). *برنامه آموزشی درمانی خودورزی (کتاب کار)*. تهران: انتشارات روانشناسی و هنر.

رحمانیان، م. (۱۴۰۴). نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی در رابطه نشخوار خشم و عدم بخشش با افسردگی در دانشجویان دختر. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱*(۴)، ۱۳۵-۱۲۲. doi: 10.22059/japr.2025.384628.645052

زارع‌زاده، ر.، علیوندی‌وفا، م.، طباطبائی، س.، و اقدسی، ع. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و امید به زندگی بیماران پیوند کبدی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۶*(۶۲)، ۱۰۹_۱۲۲. https://doi.org/20.1001.1.27173852.1400.16.62.8.3

شعبان، ن.، علیزاده، م.، و سپاه‌منصور، م. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روانشناختی در زنان مبتلا به پسوریازیس. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۴*(۱)، ۱۹-۱. doi: 10.22059/japr.2026.391275.645170

طلعتی، ف.، شریفی، ع.، و مشفقی، م. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شادکامی و امید به زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهرستان لامرد. *مجله مددکاری اجتماعی، ۱۰*(۳)، ۱۷۹_۱۹۳. https://civilica.com/doc/1939269

عقیلی، م.، اصغری، ا.، و نمازی، م. (۱۴۰۰). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر افزایش خودکارآمدی و امید به زندگی زنان مطلقه و تأثیر آن بر کاهش الگوهای ناسازگار اولیه فرزندان دختر آنان. *پژوهش‌های میان‌رشته‌ای زنان، ۳*(۲)، ۱۳_۲۵. https://doi:20.1001.1.27831175.1400.3.2.3.4

گرجی، ی.، و کیوان‌پور، ر. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مثبت‌نگری بر امید و رضایت از زندگی در مادران دارای فرزند معلول. *روانشناسی افراد استثنایی، ۱۲*(۴۷)، ۱۵۱_۱۷۲. doi: 10.22054/jpe.2023.68437.2467

Alemu, S. S., Gemechu, B. M., Tadesse, A. W., Abdisa, E. B., & Fekadu, G. (2026). Depression among infertile women attending gynecology referral clinics in Ethiopia: Prevalence and associated factors. *Scientific Reports, 16*(1), 460-469. https://doi.org/10.1038/s41598-026-46059-y

Arslan, G., Jarden, A., Yıldırım, M., Jarden, R. J., Silapurem, L., & Kuyumcu, B. (2026). Longitudinal associations between life events, hope, life satisfaction, happiness, and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research, 49*(1), 1085–1102. https://doi.org/10.1007/s10608-025-10630-0

Çapulacı, R., & Söner, O. (2026). The effect of an acceptance and commitment therapy-based self-compassion program on self-compassion and psychological flexibility in mothers. *Scientific Reports, 16*(2), 562-575. https://doi.org/10.1038/s41598-026-36049-5

Cueva, M. J. E., & David, A. P. (2026). The mediating role of self-compassion in the relationship between hope and anxiety among college students. *Journal of Interdisciplinary Perspectives, 4*(1), 288–294. https://doi.org/10.69569/jip.2025.700

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

Dennis, J.P., & Vander Wal, J.S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity, *Cognitive Therapy Research*, 34(1), 241-253. http://dx.doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4

García-Fernández, M., Fuentes-Sánchez, N., Escrig, M. A., et al. (2025). Gender, emotion regulation, and cognitive flexibility as predictors of depression, anxiety, and affect in healthy adults. *Current Psychology, 44*(1), 5685–5694. https://doi.org/10.1007/s12144-024-07240-6

Gallagher, M. W., Murphy, E. R. M., Senger, A. R., & Ayers, Z. S. (2025). Hope and depression: A meta-analytic review. *Cognitive Therapy and Research, 49*(6), 1085–1102. https://doi.org/10.1007/s10608-025-10609-x

Huang, P., Lin, Z., Wang, B., & Du, Z. (2025). A mixed methods exploration of the interrelationships among self-compassion, stress management, psychological capital, and life satisfaction. *Frontiers in Psychology, 16*(3), 151-158. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1510987

John, A., Patel, A. M. R., Desai, R., Willroth, E., Marchant, N. L., Demnitz-King, H., Bartres-Faz, D., Saunders, R., Gaysina, D., & Richards, M. (2026). Associations between life satisfaction and hope with cognitive function and decline over 13 years: Findings from the Whitehall II study. *European Journal of Ageing, 22*(59), 1–18. https://doi.org/10.1007/s10433-025-00892-8

Johari Fard, R., (2025). *Self-Working: A Novel Psychotherapy with Western Content and Eastern Context*. International Conference on Psychology & Psychiatry. UK.

Linden, M., Lieberei, B., & Rose, M. (2025). Randomized controlled trial on the effect of wisdom psychotherapy on wisdom skills. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 55*(3), 313–319. https://doi.org/10.1007/s10879-025-09679-5

Levin, M. E. (2025). Psychological flexibility, adaptive emotion regulation, self-compassion and autonomy as mechanisms of change in acceptance and commitment therapy for transitional-age youth. *Behavior Therapy, 2*(1), 126-134. https://doi.org/10.1016/j.beth.2025.10.004

Masuda, A., & Tully, E. C. (2012). The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & AlternativeMedicine, 17*(1), 66-71. https://doi.org/10.1177/2156587211423400

Singh, S., Shaw, S. B., & Becker, S. (2026). Reduced task-switching flexibility in parietal-cingulate and frontal circuits associated with brooding. *Cognitive Neurodynamics, 20*(1), 55-68. https://doi.org/10.1007/s11571-026-10425-3

Schneider J.A. (1991). Phylogeny of cardiid bivalves (cockles and giant clams): revision of the Cardiinae and the importance of fossils in explaining disjunct biogeographical distributions. *Zoological Journal of the Linnean Society*, 136(3), 321-369. https://doi:10.1037//0022-3514.60.4.570

Wong, M. Y. C., Fung, H. W., Wong, J. Y. H., & Lam, S. K. K. (2025). Exploring the longitudinal dynamics of self-criticism, self-compassion, psychological flexibility, and mental health in a three-wave study. *Scientific Reports, 15*(1), 138-147. https://doi.org/10.1038/s41598-025-95821-1

Zelčāne, E., Linde, I., & Kivite-Urtane, A. (2026). Psychosocial risk factors for depression and anxiety in European postpartum women: A scoping review. *European Journal of Midwifery, 10*(3), 1–12. https://doi.org/10.18332/ejm/216184

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]